THÈSE

)UR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Octave-Joseph-Marie PÉBRIER

Né au Mas d'Artiges (Creuse), le 23 mai 1888

Contribution à l'Étude

DU

aitement chirurgical de l'Anthrax

Président : M. le Professeur HARTMANN

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

Rue Monsieur-le-Prince (VI^{e} Ar^{t}). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être consid comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbati improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour filial
et de profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A MON ONCLE

A Monsieur l'Abbé PEUCH

A la mémoire de mon ami G. EBERHARD

A mon ami le Docteur René MOSQUET

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

À Monsieur le Docteur OKINCZYC

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PRÉFACE

Le 27 septembre 1865, Broca communiquait à la Société de chirurgie l'observation d'un malade mort d'un anthrax de la nuque. L'autopsie avait montré que, par suite d'une propagation à travers l'un des sinus du diploé, il s'était produit une phlébite du pressoir d'Hérophile et des sinus latéraux. De plus on avait trouvé des abcès multiples dans les deux poumons.

Trélat avait rapproché de ce fait plusieurs cas d'anthrax de la face. Ces anthrax avaient déterminé une phlébite de la veine ophtalmique et consécutivement aussi, une phlébite des sinus.

Devant ces cas malheureux Broca se demandait si *l'extirpation* ne serait pas un moyen

d'arrêter le mal dans sa marche envahissante et d'en prévenir les complications : « Il y a long-« temps disait ce chirurgien que, frappé de la « gravité de certains anthrax, j'ai eu la pensée « qu'il conviendrait peut-être de se comporter « à leur égard comme pour des tumeurs mali-« gnes, de les extirper ou de les détruire... Cela « deviendra peut-être un jour de la chirurgie « rationnelle. »

A la séance suivante, le 4 octobre 1865, CABANELLAS rapportait l'observation d'une femme de 45 ans, atteinte d'un anthrax de la partie postérieure du tronc, au-dessous des épaules. Cet anthrax n'ayant pas été traité, la guérison mit deux mois à se produire. L'année suivante nouvel anthrax, qui cette fois est incisé et cautérisé au nitrate acide de mercure. Rapide élimination des eschares « et guérison en peu de jours. »

Cette nouvelle communication fut l'occasion d'une discussion sur le traitement de l'anthrax, discussion qui devait d'ailleurs se renouveler au Congrès médical tenu à BORDEAUX la même année, et occuper plus tard de longues séances à la Société de chirurgie en 1881 et à l'académie de médecine en 1888. Mais de toutes ces

discussions, aucune conclusion nette ne se dégage, et le traitement de l'anthrax reste finalement aussi imprécis que par le passé. De nouvelles méthodes avaient vu le jour et n'avaient pas encore fourni leurs preuves, et aussi, il faut bien le dire, la plupart des auteurs qui intervinrent dans ces débats, y apportèrent plutôt des impressions que des observations précises ; et cependant c'est seulement avec de pareils éléments que l'on aurait pu comparer les faits qui seuls étaient réellement comparables et en tirer des conclusions thérapeutiques.

Donc, les uns restèrent partisans de l'incision cruciale de Dupuytren, d'autres de l'expectation d'autres de l'incision sous-cutanée de A. Guérin, d'autres enfin, soit des pulvérisations phéniquées de Verneuil, soit de la méthode des cautérisations, telle que l'entendaient avec des modalités diverses Follin, Boinet, Forget, Polaillon etc... Quant au procédé de Broca, il fut bien loin de rallier la majorité des suffrages, il fut au coutraire assez peu question de lui. Seul Trélat en parla comme d'une possibilité, et Labbé en 1881 rapporta à la société de chirurgie trois cas dans lesquels il l'avait employé. Il s'agissait d'anthrax ligneux de la nuque. A la

même séance Le Fort vanta un procédé analogue dont il avait obtenu de bons résultats, nous voulons parler du *curage*. Malgré les efforts de ces deux auteurs, la méthode fut assez vite reléguée dans l'ombre, si bien qu'en 1888, Poulet et Bousquet pouvaient écrire dans leur traité de pathologie externe (1) « Nous rappellerons que Broca avait proposé l'extirpation complète de la tumeur, *procédé tombé dans l'oubli*. »

Plus récemment, il est vrai, quelques rares chirurgiens l'ont remis en honneur. Il a été employé par Lannelongue, Gosset, R. Loewy, Masini, Hartmann, Lecène. Okinczyc. Mais enfin nous n'exagérons rien en disant qu'il s'agit là d'un procédé peu connu et délaissé.

Pourquoi cet abandon ? C'est que les anciens auteurs, dès sa naissance, ont fait à cette méthode une fort mauvaise réputation. Elle exposerait à trois grands dangers, *l'hémorragie, l'érysipèle, l'infection purulente*. Enfin ce serait une opération compliquée.

Ces reproches sont-ils fondés ? Et s'ils ne le sont pas, la méthode de Broca, l'extirpation, peut-elle et doit-elle être employée dans certai-

(1) Tome I, page 327.

nes conditions ? Et dans ce cas quelles en sont les indications et la technique ? En un mot comment, à l'heure actuelle, pouvons-nous concevoir le traitement de l'anthrax ? Telles sont les questions auxquelles nous voudrions répondre ici.

Nous commencerons par une brève revue des principaux moyens mis en œuvre jusqu'à ce jour, nous verrons les résultats qu'ils ont donnés, puis nous étudierons plus particulièrement le procédé de l'extirpation. Nous n'avons guère d'ailleurs d'autre ambition que d'étudier et de publier quelques faits, nous souvenant du vieil adage : « Pauca verba, nonnullae observationes. »

Avant d'entreprendre ce très modeste travail, nous avons un devoir agréable à remplir, celui de remercier nos maîtres de la Faculté libre de Lille. C'est à eux que nous devons toute notre formation médicale, et nous garderons toujours de leur bienveillance et de leur science un profond souvenir.

M. le Docteur Okinczyc, professeur agrégé à la Faculté de Paris, nous a guidé dans le choix de notre sujet et nous a toujours réservé un bienveillant accueil, nous lui devons un témoignage spécial de reconnaissance.

M. Lecène. professeur agrégé, chirurgien des hopitaux de Paris, a bien voulu s'intéresser aussi à notre travail et nous communiquer plusieurs observations de sa pratique, nous lui adressons nos meilleurs remerciements.

M. le Professeur Hartmann, non seulement nous a reçu avec bienveillance dans son service, mais encore nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous le prions de recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I

L'Expectation

Tout d'abord se pose la question de savoir si l'on doit soigner l'anthrax ou l'abandonner à son évolution naturelle. Or l'expectation se justifiera par deux raisons :

— Ou bien par la bénignité de la maladie.

— Ou bien par l'inutilité et l'inefficacité des méthodes thérapeutiques.

D'où deux problèmes. Le premier est celui du pronostic. Or posée d'une façon absolue : l'anthrax est-il grave ou bénin, la question n'a pas de sens. Il n'y a pas un anthrax, mais des anthrax avec leurs différences de volume, de siège, de terrain, de symptômes.

Différences de volume. — Depuis les anthrax petits qui n'ont que le volume d'une noix, jusqu'aux anthrax volumineux, occupant toute la nuque, toute

la largeur des épaules, allant d'un acromion à l'autre et s'accompagnant de fusées purulentes, on trouve tous les intermédiaires. Les uns relativement superficiels ne s'accompagnent que d'une nécrose périfolliculaire du tissu cellulaire assez limitée, d'autres gagnent en profondeur et s'accompagnent d'état phlegmoneux ou même de larges plaques gangréneuses. On en a vu ainsi ouvrir la paroi abdominale et même la colonne vertébrale.

Différence de siège. — Il y a longtemps déjà que l'on connaît la gravité des anthrax de la face, gravité qu'expliquent l'anatomie de la région, le voisinage de la veine faciale, de l'orbite et de la veine ophtalmique. Les anthrax de la lèvre supérieure en particulier sont de l'avis unanime particulièrement redoutables.

Différences de terrain. — Il est évident que l'évolution d'un anthrax chez un diabétique, un albuminurique, un goutteux, un débilité, un vieillard sera spécialement grave. C'est dans ces cas surtout que la tumeur inflammatoire prendra un volume énorme, qu'à la période d'élimination se formeront des collections phlegmoneuses ou de larges lambeaux de sphacèle.

Enfin différences dans les symptômes généraux. — Elles tiennent soit aux causes précédentes, soit à une virulence particulière des germes. Douleur, fièvre, excitation ou apyrexie et adynamie, autant d'éléments essentiellement variables.

On doit donc tenir compte de tous ces facteurs quand il s'agit de porter un pronostic.

Cette réserve faite, disons qu'un anthrax moyen, dans une région non dangereuse, chez un adulte sain est une affection bénigne. L'élimination totale, demande environ six semaines. La cicatrice, toujours très apparente, souvent rétractée et étoilée, est généralement complète deux semaines plus tard, c'est dire que la guérison totale exige environ deux mois. Tels sont les chiffres admis par la majorité des auteurs.

Le second problème, le problème de thérapeutique est trop vaste pour que nous songions à le traiter ici. Chemin faisant, à propos des différentes méthodes, nous tâcherons d'indiquer les résultats que l'on doit attendre de chacune d'elles. Mais déjà nous pouvons dire qne les abstentionnistes *ont exagéré et la bénignité de l'anthrax et l'inefficacité des traitements.*

Ils ont exagéré la bénignité de l'anthrax qu'ils ont étendue presque indistinctement à tous les cas. Audié dans sa thèse sur « l'anthrax au point de vue du traitement appuyé sur des statistiques » en 1882 prend pour épigraphe cette phrase de Celse : « In eo nullum periculum est,etiamsi nulla curatio adhibeatur. » Et il affirme dans les conclusions de ce travail qu'on doit proscrire du traitement toute incision, et que les « conclusions contre le traitement par les incisions cruciales sont les mêmes pour tout autre traitement chirurgical. » Car « toute idée de

malignité doit être éloignée de l'anthrax »..... « ce n'est pas l'anthrax qui tue, ce sont ses complications. »

Cette dernière phrase, nous l'avons retrouvée souvent, à la Société de Chirurgie et à l'Académie de médecine. En vérité nous devons avouer qu'elle nous paraît un peu spécieuse. Dans l'anthrax on meurt de thrombo-phlébite des sinus, de pyohémie, de septicémie suraigüe, ce n'est pas l'anthrax qui tue, soit, mais s'en suit-il que ce soit une affection à laquelle on ne doive pas toucher? Car alors, une appendicite n'aurait pas, elle aussi, de gravité par elle-même, non plus qu'une otite moyenne. Doit-on les abandonner à leur évolution naturelle?

Bourotte va même plus loin, dans sa thèse écrite en 1877 sous l'inspiration de Gosselin. Il y étudie les furoncles et les anthrax de la face et spécialement des lèvres. Or, d'après lui, ces anthrax sont également bénins, et ils ne présentent ni par eux-mêmes ni par leurs complications plus de dangers que les autres. Il déclare en effet au chapitre du pronostic (p. 32.) « Pour nous, nous ne croyons pas en thèse générale que ces anthrax présentent plus de gravité que les autres et nous sommes forts, sur ce terrain, de l'appui de notre savant maître Gosselin. Qu'il puisse se produire une phlébite, que celle-ci puisse gagner les sinus, nous ne le nions certes pas, mais *nous croyons le fait très rare.* »

...Et « il s'agirait de savoir dans quelle proportion se montre cette phlébite et ceci est fort impor-

pour établir le pronostic. Or, nous sommes vaincus que si l'on plaçait en regard de la statique placée ci-dessus, les cas simples, on *verrait l n'y a pas beaucoup plus souvent de mort à la e des anthrax de la face qu'à la suite d'anthrax eant en d'autres parties du corps.* »

ais que peut-on appeler un cas simple ? Un anx de petit volume chez un homme robuste, non ni diabétique, ni albuminurique, voilà sans douan cas simple. Alors l'auteur s'est contredit luine en nous citant les faits si impressionnants Verneuil : six anthrax des lèvres, six morts. s ces malades étaient de bonne constitution, x étaient des adultes vigoureux, les quatre au-, des jeunes gens de 19 à 25 ans.

est vrai que ces malades avaient été traités par cision. Est-ce donc au traitement que l'on doit porter la terminaison fatale ? On serait tenté de roire si M. Bourotte ne nous citait un peu plus sept observations d'anthrax de la face ayant eu terminaison heureuse. Or, sur ces sept cas, ont été incisés.

n ne peut donc conclure de ces faits que deux ses :

Que l'incision n'aggrave pas l'affection (faits 'auteur) ;

Que souvent l'anthrax de la face a des complions mortelles (faits de Verneuil).

insi les abstentionnistes ont été conduits à exa-

gérer la bénignité de l'anthrax. Ils ont *aussi exagéré notre impuissance thérapeutique.*

L'anthrax, d'après eux, est une affection dont on ne peut enrayer la marche. TILLAUX, dans une leçon sur ce sujet s'exprimait ainsi en 1897 : « Messieurs, vous aurez beau faire incision sur incision, l'anthrax prendra toute l'extension qu'il devait prendre. « Et quelques lignes plus loin : « L anthrax, je le répète, *se limite de lui-même s'il doit se limiter.* Quant à ceux qui ne se limitent pas, *c'est en vain qu'on emploiera contre eux le bistouri, le thermocautère ou l'acide phénique.* »

Or, nous espérons montrer plus loin que l'on a dans les pulvérisations phéniquées un puissant sédatif de la douleur, et, dans la destruction de la tumeur par le fer rouge ou dans son extirpation, un moyen d'enrayer sa marche. Quoi qu'il en soit, nous devons juger l'arbre à ses fruits ; aussi, nous arrêterons-nous aux résultats fournis par DESPRÈS, un des plus zélés abstentionnistes. Cet auteur, après avoir fait une âpre critique de l'incision cruciale à la Société de Chirurgie en 1881, fournit une statistique de 57 cas dans lesquels on n'était pas intervenu, il avait observé :

De 1872 à 1876 :

2 anthrax multiples, 1 mort (diabétique), 1 guérison ;

4 vastes anthrax de la nuque, 2 morts (un diabétique et l'autre épuisé par la suppuration le 53e jour);

8 anthrax du dos ou du tronc ou de l'abdomen. Pas de mort ;

5 anthrax de la face, dont un ayant envahi le cuir chevelu. 1 mort (anthrax disséminé de la face, phlébite faciale) ;

10 anthrax des membres. Pas de mort.

De 1876 à 1880 :

5 anthrax de la nuque, une fois de la nuque et du dos ; un a eu un érysipèle, un autre avait du sucre dans ses urines. Pas de mort ;

11 anthrax de la face. 2 morts, un diabétique, avait une parotidite suppurée, un avait un cirrhose du foie et des vaisseaux calcifiés ;

8 anthrax des membres. Pas de mort. 4 anthrax du tronc, un plus large que la paume de la main, un autre de 0m17 de large sur 0m09 de long.

Au total six morts sur 57 cas, soit une mortalité de plus de 10 %. Tout en tenant compte des cas défavorables, nous ne croyons pas qu'aucune méthode thérapeutique puisse donner une mortalité aussi élevée ; et certaines d'entre elles nous donneront, au contraire, des chiffres plaidant éloquemment en leur faveur. Ainsi, cette statistique donnée par le chirurgien de l'hôpital Cochin pour justifier l'expectation, nous semble bien plutôt la condamner.

CHAPITRE II

Les Pulvérisations phéniquées

« Depuis bientôt quarante ans que je fais de la chirurgie pour mon compte après l'avoir vu faire pendant près de dix ans par mes premiers maîtres, j'ai constaté que le traitement de l'anthrax avait beaucoup varié, mais que d'une manière générale il était devenu de moins en moins chirurgical et opératoire sans être pour cela moins efficace. »

Telles étaient les paroles par lesquelles VERNEUIL, en 1881, commençait sa communication à la Société de Chirurgie sur le traitement de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées. A cette époque, en effet, pour des raisons que nous exposerons plus loin, on délaissait de plus en plus l'incision cruciale de DUPUYTREN. D'autre part, les découvertes microbiennes, l'étude des fermentations et des antiseptiques sollicitaient l'attention. L'acide phénique était un

des antiseptiques les mieux étudiés. VERNEUIL eut l'idée de s'en servir contre l'anthrax sous forme de pulvérisations, et il en formula ainsi l'emploi.

Technique. — On se sert d'une solution à deux pour cent. On place l'appareil à 25 ou 50 centimètres de la peau, suivant l'intensité du jet de vapeur et la sensation éprouvée par le malade. On pratique avec soin la désinfection des eschares et des plaies. Enfin il faut faire chaque jour deux heures de pulvérisation en trois ou quatre séances. Dans l'intervalle, pansements avec des compresses imbibées d'acide phénique.

Résultats. — On peut dire que, ainsi pratiquées, les pulvérisations phéniquées ont deux actions principales — une action contre la douleur, une action sur les phénomènes généraux, fièvre, délire, insomnie, etc.

L'observation suivante que nous citons entre mille et qui est une des premières relatées par VERNEUIL, en est la preuve.

OBSERVATION I. (résumée)

(DULOUT. Th. Paris. 1888-1889. Observ. VII.)

Il s'agit d'un diabétique à un degré prononcé, portant depuis quinze jours un vaste anthrax de la nuque largement ouvert au centre et progressant sans cesse en dépit de plusieurs débridements au bistouri. A la périphérie du cratère plusieurs noyaux indurés volumineux de date récente

et indiquant une propagation nouvelle. Douleurs vives, plaie de mauvaise odeur, état général mauvais, pronostic grave Verneuil veut l'opérer (par l'incision de Dupuytren) mais n'ayant rien de prêt, il ajourne l'opération et prescrit des pulvérisations phéniquées avec une solution à deux pour cent. Le lendemain lorsque Verneuil revient pour l'opérer, le malade avait dormi, l'état général était meilleur. Nouvel ajournement de l'opération et continuation des pulvérisations. « Or l'amélioration se poursuivit, la « marche de l'anthrax fut arrêtée et les douleurs ne se pro- « duisirent plus. L'état général devint satisfaisant. La cica- « trice fut, comme de coutume, lente à se produire; mais « s'acheva sans incident quelques mois plus tard. »

Ainsi, sédation de la douleur, de l'insomnie, amélioration de l'état général en un temps rapide, voilà les deux faits à retenir. Mais nous noterons aussi la longue durée de la cicatrisation, indiquée d'ailleurs ici d'une façon assez vague. Et il nous serait facile de montrer par de nombreux exemples que cette méthode, si elle agit bien sur la douleur, n'a pas d'action bien évidente sur la durée de la maladie.

Elle est d'autre part passible de certaines critiques. On ne peut pas, en effet, limiter toujours à son gré la surface du jet de vapeurs ; il faut protéger le malade, son lit, ses vêtements, contre la condensation de celles-ci, ce qui ne va pas toujours sans difficulté. Aussi les furoncles et les anthrax de la face en particulier sont-ils difficiles à soigner par cette méthode.

D'un autre côté, les pulvérisations phéniquées nécessitent parfois des positions pénibles pour le malade car il doit s'y maintenir longtemps.

Elles nécessitent en outre des séances longues et multipliées, ce qui, dans certaines classes peu aisées, peut également offrir des inconvénients.

Mais ce ne sont là que des points de détail et, disons-le, tout à fait secondaires. Le grand reproche que nous pouvons faire aux pulvérisations est celui que nous formulions plus haut, c'est que, loin d'être un abortif comme le veut DULOUT, elles ne sont qu'un palliatif et n'ont pas d'influence notable sur la durée de l'anthrax. (Nous reviendrons plus loin sur les pulvérisations unies à la cautérisation ignée.)

Comment agit l'acide phénique ? VERNEUIL croyait surtout à son action antiseptique. LABORDE insistait sur l'action constrictive que l'acide phénique exerce sur les capillaires et les fibres lisses en général. Vaso-constricteur, il diminuerait la congestion, d'où diminution de l'inflammation (?) de la tension et de la douleur. A cela on doit ajouter l'action de l'humidité et d'une température modérée. « Il se produit une sorte de bain chaud qui exerce « sur l'état inflammatoire la même action bienfai- « sante que le cataplasme, sans en avoir les incon- « vénients. » Enfin l'acide phénique a par lui-même une action analgésique locale bien connue.

Autres procédés. — A côté des pulvérisations, nous placerons le traitement par les injections de

liquides antiseptiques dont nous dirons deux mots seulement.

Elles ont été assez peu employées. Nous avons cependant des observations d'Arnozan et Lalande (1), dans lesquelles la guérison fut obtenue par des injections sous-cutanées de phénol. Arnaudet (2), préconise des injections de liqueur de Van Swieten ou d'acide phénique à 1/50 chaque jour, faites assez profondément. Hallopeau (3), arrose la surface de l'anthrax avec de l'huile phéniquée au dixième, (l'huile ayant la propriété de détruire les propriétés irritantes de l'acide phénique), puis il fait des applications de cataplasmes arrosés également d'huile phéniquée.

Dans un autre ordre d'idées, (mais toujours dans le cadre des moyens presque simplement médicaux et c'est pourquoi nous voulons le signaler ici), Leduc rapporte le traitement par l'introduction de l'ion zinc (Archives d'électricité médicale. Bordeaux 1891). Il y aurait là une action « vraiment spécifique. » « Le pôle négatif est mis autour du mollet au moyen de dix à douze épaisseurs de tissu hydrophile imprégné d'eau chaude. On ponctionne l'anthrax à sa base, à l'aide d'un ténotome ; dans la ponction on enferme une aiguille de zinc mise en

(1) Journ. de Méd., Bordeaux, 21 avril 1889.

(2) Union médic. 1888. Note sur le traitement du furoncle et de l'anthrax.

(3) Communic. à la Soc. Médic, de l'Elysée. in Journ. des mal. cut. et syphil. 1893. – V. p. 40.

rapport avec le pôle positif, on élève graduellement l'intensité jusqu'à trente milliampères. ». On laisse passer le courant une demi-heure avec cette intensité.

Quel que soit l'intérêt que puissent présenter ces diverses pratiques, aucune d'elle ne présente à son actif une série de faits assez nombreux et assez importants, pour entrer dès aujourd'hui, sans hésitation et sans contestation, dans la pratique journalière.

CHAPITRE III

L'Incision cruciale

Le traitement systématique de l'anthrax par l'incision cruciale date de Dupuytren. L'illustre chirurgien voulut donner une démonstration pour aindire expérimentale de l'efficacité de cette méthode et dans ce but, il rapporte dans ses leçons orales l'observation suivante : « *Un homme vint en 1812 « à l'Hôtel-Dieu, portant au dos un furoncle du volu- « me d'un œuf de poule. Une incision médiane parta- « gea la tumeur en deux parties égales, une supérieure « l'autre inférieure ; la première, fut subdivisée par « une deuxième incision qui tombait perpendiculaire- « ment sur l'incision précédente en forme de* **T** *; de « cette manière, la partie supérieure de la tumeur était « divisée crucialement, pendant que l'inférieure était « restée intacte.* » Dupuytren prévient ses élèves que les accidents ne cesseraient que dans la partie su-

périeure. On appliqua un cataplasme émollient. Le lendemain, l'inflammation était tombée dans le lieu désigné, mais la moitié inférieure était dure, enflammée, beaucoup plus volumineuse que la veille. Une nouvelle incision sur la partie inférieure perpendiculaire à l'incision primitive amena une rétrocession rapide des accidents.

Cette incision « doit comprendre toute l'épaisseur « de la peau, les extrémités doivent dépasser de « deux ou quatre lignes les limites du mal... » Enfin elle « doit être cruciale » (1).

Codet, de même d'ailleurs que Vergnies (Th. Paris, 1815), se montre résolument adversaire de la cautérisation, laquelle, dit ce dernier auteur, et non sans apparence de raison, « augmente l'étendue de l'eschare ».

A quel moment devait-on pratiquer l'opération ? Là, Dupuytren rompait avec la tradition. Les médecins jusqu'alors ne touchaient timidement à l'anthrax qu'à la période de ramolissement, suivant le vieux conseil d'Ambroise Paré qui déclarait : « Si « l'apostème n'est pas assez maturé, l'ouverture... « est cause d'induire grande douleur et inflamma- « tion et accroissement de fièvre, ou de rendre l'ul- « cère maling, ce que j'ai vu advenir souvent. » Tout autre est la pratique de Dupuytren. Pour lui on pourrait dire que tout anthrax diagnostiqué doit être immédiatement incisé, car l'incision aurait pour

(1) Codet. Thèse Paris, 1813.

effet d'arrêter la marche envahissante de l'affection. L'anthrax, en effet, est une affection circonscrite et d'emblée gangréneuse

Or, disait DUPUYTREN, si elle est d'emblée gangréneuse c'est que, prenant naissance dans les prolongements que le tissu cellulaire envoie à la face profonde du derme, elle se trouve étranglée par les brides conjonctives qui la limitent.

L'incision, levant l'étranglement, fait cesser la gangrène. D'autre part, elle assure également la sédation de la douleur qui a pour cause la tension des masses nécroséses, elle hâte la marche de la cicatrisation ; enfin elle est inoffensive.

Tels étaient les principaux avantages que DUPUYTREN reconnaissait à sa méthode et pour ces motifs elle fut appliquée pendant quelque temps par un grand nombre de chirurgiens. Les uns suivaient exactement les pratiques du maitre, d'autres y apportaient quelques variantes légères et, avec VELPEAU et RICHET faisaient « des incisions étoilées, en tulipe » ou avec LALLEMENT une incision simple circulaire, à la périphérie de la tumeur.

Les critiques cependant, ne tardèrent pas. D'un côté on commençait déjà à préciser la localisation de l'anthrax ; on ne le plaçait plus dans les aréoles du derme comme DUPUYTREN et, partant, on se souciait moins de lever un étranglement discutable ; enfin comme nous avons déjà eu l'occasion de l'indiquer, on adressa aux incisions les quatre grands griefs de phlébite, d'angioleucite, d'érysipèle, et

d'hémorrhagie. Ces reproches, nous les retrouverons presque toujours, à la Société de chirurgie en 1865 puis en 1881, à l'Académie de médecine en 1888 et dans un nombre considérable de mémoires ou de leçons publiées sur ce sujet. A l'étranger également, une réaction ne tarda pas à se produire. PAGET, notamment, en Angleterre, s'éleva contre ce qu'il appelait « la routine ». En France, l'attaque était dirigée par MALGAIGNE, GOSSELIN, VERNEUIL, TILLAUX, GUÉRIN, DESPRÈS.

C'est MALGAIGNE, qui ne lui reconnaît qu'un seul avantage, celui d'ajouter la douleur de l'opération à la douleur de la maladie. (1)

C'est Alphonse GUÉRIN qui écrit dans le dictionnaire de JACCOUD (t. II, p. 567, 1865) : « *Souvent « l'incision de la peau d'un anthrax est le point de « départ d'une érysipèle ou de l'infection purulente, « de sorte que pour échapper à un mal on tombe dans « un mal plus grand... Il n'y a pas de chirurgiens, je « pense qui n'aient vu des malades succomber à l'in- « fection purulente après l'incision vantée par* DU- « PUYTREN. »

C'est DESPRÉS encore qui, à la Société de Chirurgie, en 1865, prend la parole pour affirmer que l'incision est « inutile et dangereuse. » Inutile parce qu'il est impossible d'ouvrir tous les foyers, dangereuse par ses complications.

(1) Traité anat. chirurg. 1859, tome I, p. 72.

C'est TILLAUX qui s'élève à la même séance contre « l'incision systématique appliquée indistinctement à tous les cas.» Il ne lui reconnaît qu'une seule indication, la douleur, et même il ne le fera plus dans quelques années, car nous lisons ces lignes de lui, dans la tribune médicale de 1907 (3 mars). « L'incision, a-t-on dit, fait cesser la douleur. Raison peu fondée. En effet, si la douleur diminue quelque temps après l'incision, elle reprend bientôt de plus belle, et le pauvre malade à qui le médecin en avait promis la cessation durable, n'a plus confiance en lui et se surrexcite à tel point qu'il aggrave encore son cas. »

C'est A. FAUCON qui, dans ses remarquables leçons cliniques de 1879, conseille à ses élèves de « renoncer au bistouri » dans le traitement de l'anthrax.

RICHARD, également, écrit dans la Gazette des Hôpitaux, le 6 mars 1866 : « A quel chirurgien peut-on sérieusement dire *que ces immenses balafres baignant dans un foyer putride n'exposent à aucun accident ?* »

Et nous lisons dans la thèse de CHABBERT en 1877 : « Le traitement par l'incision cruciale est irrationnel ; au lieu de prévenir les complications, il leur donne naissance. »

Cette crainte des accidents généraux s'exagéra encore à la suite des travaux de VERNEUIL, en 1883, sur l'influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs (1). Et en 1892, LÉCAILLE con-

(1) Bull. Soc. Chir. 15 Juillet 1883. p. 605-628.

cluait que « toutes les méthodes sanglantes..... propageant la gangrène et l'absorption de produits putrides, la grande majorité des chirurgiens les ont abandonnées, et tout le débat reste entre les pulvérisations phéniquées et les méthodes ignées (1) ».

Ainsi en 50 ans, après une faveur extrême, la méthode avait subi les plus graves accusations. Peut-être ne méritait-elle ni cet excès d'honneur, ni cette indignité. Car de la lecture des documents accumulés sur elle, il nous semble résulter que, si elle permettait bien une élimination un peu plus facile des produits sphacélés, son efficacité thérapeutique n'en demeurait pas moins médiocre, voire même douteuse, et somme toute, son influence sur la durée totale de la maladie, à peu près nulle. Mais d'un autre côté, nous croyons aussi que les accidents qu'on lui reprochait étaient plutôt le fait des conditions défectueuses où l'on opérait, alors qu'on assistait seulement à la naissance de l'antisepsie. Quoi qu'il en soit pour les chirurgiens qui croyaient, d'une part, à l'utilité de l'incision cruciale, et d'autre part à la réalité de ces accidents, le problème se posait ainsi : conserver l'incision en évitant le contact d'une plaie cutanée avec un foyer septique. Alphonse Guérin crut l'avoir résolu en imaginant la méthode des incisions sous cutanées. C'est elle que nous voudrions maintenant étudier et apprécier.

(1) Thèse. Paris, 1».

CHAPITRE IV

Les Incisions sous-cutanées

La méthode d'Alphonse Guérin avait donc pour principe de pratiquer le débridement de la tumeur inflammatoire sans s'exposer aux dangers de l'incision cutanée. Ce procédé fut, à l'Académie de médecine, le 27 février 1886, l'objet d'un rapport très élogieux de Gosselin, au nom d'une Commission composée de Laugier, Ricord et Gosselin. Quant à la description de la technique opératoire, on peut la lire dans le dictionnaire des sciences médicales de Jaccoud (article Anthrax par Alphonse Guérin, t. II.) ou dans la thèse de Cougoureux de 1865 d'où nous tirons les lignes suivantes.

« Portant la pointe du bistouri droit au milieu de la surface de l'anthrax, M. Guérin traverse la peau, et, immédiatement, inclinant le talon de l'instrument il porte la pointe horizontalement dans le

tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au delà du point malade, puis il incise de dehors en dedans les tissus indurés, ne s'arrêtant qu'au moment où il a la sensation de résistance vaincue. Deux incisions sont ainsi pratiquées, l'une venant de droite, l'autre de gauche, et se réunissant au centre de la tumeur, puis une incision perpendiculaire à la première est pratiquée de la même manière avec la précaution de ne pas inciser la peau.

Le bistouri doit diviser toutes les parties indurées, ne s'arrêter vers la profondeur comme vers la périphérie que lorsque l'opérateur a la sensation de résistance vaincue. »

Cette incision était encore capable de débrider les masses nécrosées, de lever l'étranglement, comme celle de Dupuytren. « En effet, dit Cougoureux, les fibres dermiques qui circonscrivent des loges celluleuses étant attachées par leurs extrémités au derme d'une part et d'autre part au « fascia superficialis », il suffit de détruire l'une de leurs insertions, la profonde par exemple, pour faire cesser leur tension et l'étranglement qui en résulte »... Nous avons déjà indiqué combien ces erreurs sur la nature de l'anthrax et sa localisation influaient sur les conclusions thérapeutiques, nous y reviendrons plus loin.

Quant aux avantages de la méthode, ils étaient, nous dit-on, au nombre de quatre. (1).

(1) Congoureux. Th. Paris, p. 63 et suiv,

« 1° La douleur est médiocre ou du moins bien moins vive que celle causée par l'opération de Dupuytren ; la peau dont la sensibilité physiologique ou pathologique est extrême, se trouvant respectée;

2° En diminuant l'étendue de la plaie, on diminue les chances de l'infection purulente ;

3° La cicatrice n'est jamais difforme et souvent peu apparente. Cet avantage doit être pris en considération quand l'anthrax siège sur une partie découverte (face, cou) et sur une personne du sexe féminin ;

4° Indépendamment de l'innocuité de cette méthode, la guérison arrive plus vite que par tout autre traitement. Quand on pratique à temps l'incision sous-cutanée, la maladie est arrêtée, jugulée pour ainsi dire, et tous les symptômes axquels elle donnait lieu prennent une marche rétrograde. »

Ces conclusions sont-elles bien justifiées ? Pour nous, dans l'appréciation de ce procédé, nous devons faire deux parts ; l'une qui lui sera commune avec l'incision de Dupuytren, l'autre qui lui sera propre.

Et d'abord, de même qu'à l'incision cruciale, nous lui ferons le reproche de n'avoir qu'une efficacité peu manifeste. Aussi l'affirmation de Cougoureux, que la guérison arrive plus vite ainsi que par tout autre traitement était-elle plutôt une vue de l'esprit que l'expression d'une vérité clinique ; une expérience plus longue a montré que c'était une erreur, erreur à laquelle l'auteur a été conduit par

l'idée fausse que l'on se faisait de la localisation de l'anthrax. C'est que Gosselin, localisait avec Dupuytren l'anthrax dans le tissu cellulaire sous-cutané. Sectionner les fibres qui « vont de la face profonde du derme au fascia superficialis » suffisait donc pour libérer la tumeur En réalité, nous savons fort bien maintenant que la localisation primitive de l'affection est dans les appareils pilo-sébacés ; que le bourbillon, loin d'être un produit exsudatif n'est qu'une « eschare granulaire » et que, s'il se produit des phénomènes phlegmoneux, ceux-ci ne sont jamais que secondaires. Aussi Desprès avait-il raison de dire que des incisions multiples n'ouvriraient pas « les foyers innombrables ». L'avantage de l'incision de Dupuytren était de faciliter l'élimination des produits nécrosés. Or, il est incontestable que l'incision de Guérin ne réalisait cette condition qu'à un moindre degré. Elle lui était sur ce point inférieure. Lui était-elle en d'autres points supérieure ? La douleur évidemment était moindre, avantage encore appréciable malgré nos moyens d'anesthésie tant locale que générale ; quant au danger de pyohémie, nous avons dit plus haut qu'on l'avait exagéré et qu'on avait expliqué par lui des accidents dûs simplement à une absence d'antisepsie.

On voit donc qu'il n'y eut point là de progrès bien notable. Ce procédé fut cependant très bien accueilli à sa naissance. Ricord en particulier, déclarait : « A condition de l'employer à la première

période de l'anthrax... jusqu'à la suppuration exclusivement..., je le regarde comme *comme un des plus grands progrès de la chirurgie moderne*, et je crois qu'il y a là un très grand avenir. »

Ces paroles enthousiastes ne devaient point se réaliser. Assez peu employée, assez vite abandonnée, la méthode est maintenant complètement délaissée, pour les motifs que nous avons signalés. Le même sort était réservé à deux procédés analogues, que nous ne ferons par conséquent que signaler, le procédé de Sée et le procédé de Bardinet.

Sée (1) avait emprunté le sien à l'allemand Hüter. A la périphérie de la tumeur, il pratiquait une ponction avec un ténotome aigü. Puis, par ces petites solutions de continuité, il introduisait un ténotome courbe, à l'aide duquel il sectionnait toutes les brides qui unissent la peau à l'aponévrose. Le pus s'écoulait par toutes ces ouvertures et il y faisait des irrigations antiseptiques deux ou trois fois par jour. Il aurait ainsi obtenu des résultats remarquables.

Le procédé de Bardinet fut décrit par cet auteur dans la revue Médicale de Limoges en octobre 1872. C'est pour ainsi dire une combinaison du débridement sous-cutané et des incisions cruciales. Le premier temps consiste à introduire un bistouri droit à la base de la tumeur, la lame étant couchée parallèlement à cette base. On traverse alors les tissus

(1) Soc. de chir. 30 mars 1881. p. 303 et suiv.

de part en part, mais sans percer la peau du côté opposé à l'entrée. Puis on retire l'instrument. « Par l'ouverture ainsi faite on introduit un bistouri boutonné d'une longueur convenable, on décrit deux fois un cercle complet avec le tranchant et on détache ainsi la tumeur de ses attaches sans intéresser la peau. On tourne alors le tranchant vers la périphérie de la tumeur, et on fait trois incisions qui en comprennent toute l'épaisseur. De la sorte la tumeur est divisée en quatre segments, réunis à leur surface par la peau demeurée intacte. Puis on fait des injections détersives. »

Ces procédés ne sont donc qu'une variante de celui de Guérin, auquel on a combiné la méthode des injections antiseptiques. Cet avantage mis à part, ils demeurent passibles des mêmes critiques.

CHAPITRE V

La Cautérisation

La cautérisation comprend deux variétés, celle par les caustiques et celle par le fer rouge ; ou pour employer deux mots un peu désuets, la cautérisation potentielle et la cautérisation actuelle. Nous allons les étudier successivement.

Cautérisation potentielle. — Ce mode de traitement ne fut guère pratiqué systématiquement qu'au siècle dernier et un des agents auxquels on eut recours le plus volontiers fut le chlorure de zinc.

Hanck de Breslau avait été un des premiers à employer cet agent caustique. Il s'en était servi contre les nœvi. Dix ans plus tard, en 1834, Canquoin communiquait à l'Académie royale de médecine un « mémoire sur un nouveau mode de traitement des affections cancéreuses. » Il s'agissait de

l'emploi d'une pâte qui était composée de chlorure de zinc et de farine de blé à parties égales.

Amédée Bonnet quelques années plus tard étudiait à son tour ce produit ainsi que E. Bonnet qui écrivit sa thèse sur l'emploi du chlorure de zinc en clinique chirurgicale. Philipeaux en 1856, publiait aussi un « traité pratique de la cautérisation d'après l'enseignement de M. le prof. Bonnet. »

En 1858 Maisonneuve communique à l'Académie des sciences un mémoire sur « une nouvelle méthode de cautérisation, dite cautérisation en flèches, permettant d'obtenir en une seule séance la destruction des tumeurs les plus volumineuses. »

Mais si parmi ces auteurs quelques-uns l'avaient employé dans l'anthrax, ce n'avait été qu'incidemment, et il faut arriver à Polallion en 1887 pour trouver nettement formulé, avec une technique opératoire précise, un traitement de l'anthrax par le chlorure de zinc. Voici en effet comment s'exprimait ce chirurgien. (Soc. med. Paris, 11 juin 1887).

Il faut envisager plusieurs cas :

« 1° Lorsque l'anthrax est en voie de suppuration et lorsque la peau est perforée en plusieurs points j'introduis par les ouvertures des flèches que j'enfonce facilement dans les bourbillons de manière à le remplir de flèches caustiques. En quelques heures le bourbillon forme une masse solide séparée des tissus sains par une zone de tissus cautérisés et en quelques jours cette eschare s'élimine, laissant

à sa place une surface bourgeonnante qui marche rapidement vers la cicatrisation.

« 2° Lorsque le bourbillon de l'anthrax commence à se former et n'apparaît que par un petit pointillé blanchâtre à la surface de la peau je crée une voie à l'introduction des flèches caustiques en ponctionnant la tumeur soit avec le bistouri soit avec le thermocautère. Ces ponctions sont plus ou moins nombreuses suivant l'étendue de l'anthrax et s'espacent les unes des autres d'environ deux centimètres. Une eschare comprenant tout l'anthrax se forme et s'élimine rapidement. La marche de la maladie en est très sensiblement abrégée.

3° Lorsque l'anthrax est à son début, lorsqu'il y a peu de fièvre, je me borne à traiter par des applications émollientes, attendant le moment où le bourbillon apparaît pour le détruire par les flèches caustiques. Mais si l'anthrax s'accompagne de phénomènes fébriles intenses, s'il est volumineux, je n'hésite pas à le larder de flèches de Canquoin. Par ce procédé, tous les phénomènes inquiétants sont ordinairement enrayés.

Dans tous les cas, je recouvre la surface de l'anthrax d'une épaisse couche de compresses imbibées d'une solution phéniquée au mieux de sublimé à 1 pour 1.000. . . .

Ce traitement a l'inconvénient d'être douloureux pendant deux ou trois heures, mais il fait cesser avec une merveilleuse rapidité la fièvre et les phénomènes inquiétants, et transforme, du jour au len-

demain, une maladie infectieuse grave en une plaie simple. »

Cinq ans après ce rapport, en 1892, un de ses élèves Bougan, écrivait un travail dont les conclusions sont très-favorables à ce mode de traitement. Sur 92 cas traités, on a noté 91 guérisons en une moyenne de 21 jours ; une seule mort, et encore s'agissait-il d'un diabète grave. D'autre part, dans trois énormes anthrax de la nuque, la guérison se produisit dans une moyenne de trente-quatre jours.

Sans doute nous pourrions reprocher à cette statistique de n'entrer dans aucun détail, et encore une fois, nous nous sommes demandés à plusieurs reprises si l'auteur ne considérait pas comme guéris des malades ayant éliminé leur tumeur. et qui étaient en bonne voie de cicatrisation, mais néanmoins sans que celle-ci soit complète. Quoi qu'il en soit, ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes et si on les rapproche de ceux de Desprès, on voit que l'intervention dans l'anthrax est parfaitement légitimée et nécessaire.

Le chlorure de zinc n'avait pas été le seul caustique employé. Denucé, après avoir fait des incisions, les pansait avec des plumasseaux imbibés de perchlorure de fer à 20°. D'autres médecins se servaient du nitrate d'argent, nous avons déjà vu Cabanellas recourir au nitrate acide de mercure. Mais il n'est pas sans intérêt de voir Boisset et Forget user de la teinture d'iode. Au début, disent-ils, ils l'emploient dans un but abortif ; plus tard, lorsque

la maladie est constituée, ils ont recours à l'incision et à l'attouchement à la teinture d'iode. Et FORGET cite un cas heureux dans lequel il est ainsi intervenu : « Convaincu, dit-il, que souvent la mort de ces malades dans cette période de la maladie a lieu par intoxication due à la résorption d'éléments putrides si nombreux dans l'anthrax, et convaincu d'autre part que le meilleur antiputride est la teinture d'iode comme me l'ont montré de nombreuses expériences faites avec M. Duroy sur des liquides physiologiques et pathologiques, j'incisai largement et crucialement ce vaste foyer, j'en retirai des flocons de tissu cellulaire à l'état de purulence et de sphacèle, puis je baignai toute la surface de teinture d'iode. (1) »

Il est certain cependant que cette dernière méthode, bien qu'elle fut évidemment supérieure à l'incision cruciale simple de DUPUYTREN devait être moins énergique et moins rapide que celle de POLLALLION. Mais à cette méthode elle aussi, nous sommes obligés de faire une critique. C'est de n'être pas un mode de traitement du début, mais au contraire à la phase terminale. Ce n'est pas à la première période, la période où, selon l'expression de TILLAUX, l'anthrax est dur comme de la pierre, qu'on pourra l'appliquer ; c'est surtout lorsqu'il se sera produit un peu de ramollissement, lorsque la peau au sommet de la tumeur se sera sphacélée et qu'aura com-

(1) Soc. de chirurgie. Séance du 27 septembre 1865.

mencé l'élimination des bourbillons. Cela peut avoir des inconvénients surtout chez des malades affaiblis, diabétiques ou albuminuriques par exemple. Aussi Dulout (Th. Paris 1885) a-t-il parfaitement raison de dire que c'est un traitement auquel on n'aura recours qu'après avoir tenté les moyens abortifs » (pour lui les pulvérisations).

B. *Cautérisation actuelle.* — Elle fut tenue elle aussi en honneur par un grand nombre de chirurgiens. Verneuil l'employait dans les anthrax des lèvres et aussi dans les anthrax volumineux des autres régions en même temps que les pulvérisations phéniquées. Un travail d'ensemble très intéressant fut fait sur ce sujet en 1890 par M. Lecaille sous l'inspiration de M. Quénu.

L'auteur cependant reconnait au thermocautère de Paquelin un défaut, c'est d'avoir une lame trop épaisse, si bien que son emploi entraîne la formation d'escharres cutanées assez considérables et longues à éliminer. C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Quénu avait conçu un nouveau couteau galvano-caustique qu'il avait présenté à la Société de Chirurgie en 1889. M. Lecaille en donne la description suivante : « C'est un couteau galvano-caustique rigide, ayant l'aspect d'une lame à double tranchant qu'on aurait évidée à son centre, formant ainsi deux lames réunies à angle aigu à leur extrémité. » Il est en platine iridié « la partie destinée à rougir a un millimètre au dos, un tiers de milli-

mètre à la tranche sur une largeur de deux millimètres et demi. Cet instrument est porté au blanc sur une longueur de dix-huit millimètres par un courant dont on gradue à volonté l'intensité. »

La technique opératoire est évidemment la même que l'on emploie le thermocautère de PAQUELIN ou le couteau de M. QUÉNU. Les uns font une simple incision cruciale, d'autres des incisions multiples en tenant compte du développement de la tumeur. Mais toujours ces incisions sont profondes et selon la recommandation de M. RECLUS (Clinique Chirurgicale Hôtel-Dieu 1888), assez profondes pour atteindre les parties saines sous-jacentes. M. RECLUS conseille d'ajouter, dans certains cas, aux incisions rayonnées une incision circulaire, de manière à former une roue de voiture. Il convient d'ailleurs, de leur adjoindre le plus souvent des ponctions multiples, comme le conseille M. QUÉNU, dont la pratique est ainsi décrite par M. LÉCAILLE. « Il ponctionne profondément les points suspects qui se révèlent à la vue par une légère saillie, et au toucher par une induration plus ou moins marquée : il compare le canal creusé par la ponction à un drain par où vont s'éliminer aisément les produits septiques et les débris sphacélés et qui donnera libre accès aux antiseptiques. Avec l'aiguille, il creuse quelquefois des tunnels rayonnant et aboutissant à un puits central. Enfin quand, par des sillons, il a délimité des secteurs, des territoires indépendants, il les soulève

comme des lambeaux en introduisant la lame à plat au niveau des parties les plus infectées. De cette façon quand l'inflammation a rétrocédé et que les surfaces des lambeaux se sont détergées, il les réunit par quelques points de suture et obtient une réunion secondaire et des cicatrices très amoindries.

« Ces lambeaux permettent aussi de laver le siège même du mal avec des solutions de sulfate de cuivre ou de chlorure de zinc, ou d'accroître la vitalité des bourgeons charnus, quelquefois anémiques et recouverts d'un enduit diphtéroïde grisâtre, par des lotions biquotidiennes à l'eau très chaude comme le recommande Reclus. »

De bons résultats furent ainsi obtenus et Lécaille cite dans sa thèse un assez grand nombre d'observations encourageantes. Mais en réalité la cautérisation fut assez rarement employée seule, on lui adjoignit des pulvérisations phédiquées de Verneuil. C'est cette association que nous avons le plus communément vue mettre en pratique. On lui doit de remarquables succès et nous pourrions citer de nombreux exemples ; nous nous bornerons à trois faits. Le premier appartient à Verneuil.

OBSERVATION II. (rsumée)

(Verneuil. Bull. Acad. Médec. 1888.)

Femme de 50 ans portant une induration inflammatoire du dos, ayant vingt centimètre dans ses divers diamètres, mal circonscrite à sa circonférence. Diabète..... Vaste

phlegmon antrhracoïde avec réaction vive, douleurs intenses et entraînant un pronostic grave. Opération-chloroforme. La surface enflammée est couverte de pointes de feu pénétrant à 2 ou 3 cm. de profondeur et à 3 cm. environ l'une de l'autre. Environ 30 ponctions, celles du centre donnant issue à du pus phlegmoneux en petite quantité.

Puis trois fois par jour, pulvérisations phéniquées et, dans l'intervalle, pansements simples avec des compresses de tarlatane imbibées de solution phéniquée à deux pour cent.

Le résultat fut rapide et excellent, *les progrès de l'inflammation furent arrêtés du coup* ; la mortification centrale ne dépassa pas 6 à 7 centimètres et s'il fallut plus d'un mois pour obtenir la réparation de la plaie succédant à la chute des eschares, tout danger était passé huit à dix jours après mon intervention.

Les deux autres observations sont de M. le Prof. Duret. Nous les tenons du *Courrier médical* du 14 novembre 1891.

OBSERVATION III (résumée).

Homme de 39 ans, malade depuis le 15 avril. 6 jours après le début, il a consulté un médecin qui a fait une timide incision au thermocautère. Tous les jours, pulvérisation phéniquées. L'anthrax a continué à s'étendre si bien que le 1er mai le malade entre dans le service de M. Duret.

On constate alors une vaste ulcération s'étendant de chaque côté de la ligne médiane jusque sur les omoplates. Son diamètre transversal est de quinze centimètres, son diamètre vertical de vingt. Cette plaie est recouverte de débris de

tissu cellulaire et de peau en voie de sphacèle, mélangés à une quantité assez abondante de pus.

A la partie inférieure, en deux endroits, la peau qui entoure cette ulcération est décollée, tuméfiée, soulevée par le pus sur une étendue de six centimètres. Plus loin de la plaie la peau est également rouge et tuméfiée mais non décolée.

Le malade a eu du sub-délirium la nuit précédente T = 38° 5. Douleurs vives. Le 2 mai M. Duret pratique au thermocautère deux incisions cruciales parcourant la tuméfaction dans toute sa hauteur et dans toute sa largeur et profondément jusqu'aux aponévroses, puis à la base de chaque lambeau déssiné par les incision cruciales il fait pénétrer la pointe du thermo très profondément à quatre ou cinq endroits différents. Il ponctionne tous les points suspects de l'anthrax.

Tous les jours des pulvérisations phéniquées seront faites pendant au moins une heure. Après chaque pulvérisation, pansement simple à la gaze phéniquée.

Le jour même au soir la fiévre est tombée. Le lendemain le malade se lève. De même les jours suivants.

Le 6 mai, l'anthrax ne s'est pas étendu, la peau s'est sphacélée au niveau des points où ont porté les incisions cruciales le fond de la plaie se déterge et montre des bourgeons charnus annonçant la période de réparation.

Le 8 mai, élimination complète. Réparation en excellente voie, pulvérisation tous les jours. Ni température ni suppuration. Etat général excellent.

Guérison.

Le deuxième cas est assez analogue.

OBSERVATION IV (résumée).

Il s'agit d'un malade qui avait deux anthrax. L'un à deux travers de doigt au-dessous de l'omoplate droit, de petites dimensions (7 cent. environ de diamètre), l'autre à la même hauteur mais sur la ligne médiane avec un diamètre de 15 cent. Même traitement que dans le cas précédent, en 8 jours élimination complète des tissus sphacélés, au bout de 15 jours le malade sort de l'hôpital en état très avancé de guérison.

Il nous serait facile de trouver dans la littérature médicale un grand nombre d'exemples analogues. Et il nous serait aisé de prouver ainsi que de toutes les méthodes que nous venons d'esquisser aucune ne permet aussi vite l'élimination de la tumeur, et n'amène aussi rapidement la cessation des phénomènes généraux que la cautérisation par le thermocautère jointe aux pulvérisations phéniquées. Le seul reproche que l'on pourrait faire à cette thérapeutique c'est de créer de nouvelles eschares dont l'élimination retarde la guérison.

CHAPITRE IV

L'Extirpation

Avant d'aborder l'extirpation proprement dite, nous mentionnerons le procédé du curage, qui fut employé par FORGET.

Ce chirurgien opérait de la façon suivante *dans les anthrax phlegmoneux* où la peau « soulevée par le pus et les détritus organiques infiltrés dans les aréoles fibreuses donne au toucher la sensation de clapotement qui, est l'indice du développement des gaz putrides. (1) » « Après avoir incisé la tumeur, dit-il, jusqu'à deux centimètres au-delà de la pointe où l'inflammation paraît limitée, *je m'applique à extraire tous les tissus sphacélés, à enlever en outre tous les lambeaux de tissu conjonctif interposé aux aréoles fibreuses*, ce qui ne se fait pas sans un écoulement

(1) Congrès des Soc Méd. Bruxelles. 1875. Et Bull. Soc. chirurgie, 11 mai 1881.

de sang quelquefois assez abondant. Cela fait, avec un pinceau de charpie je lave toutes les surfaces cruentées mises à nu avec la teinture d'iode étendue de moitié ou du quart. La solution pénètre dans tous les interstices et toutes les sinuosités de la plaie que je couvre de charpie arrosée du même liquide.»

. . . . . .

« Quand le papier amidoné... me révèle qu'il n'y a plus d'iode dans le pus, je renouvelle le lavage de la plaie avec la teinture d'iode. » Mais cette méthode appliquée d'ailleurs par l'auteur à des cas très restreints, fut peu connue, et elle nous revint deux ou trois ans plus tard de Russie, où Le Fort l'avait vue appliquer par des chirurgiens de Saint-Pétersbourg. Elle consiste, dit celui-ci (1) « toutes les incisions étant faites, à enlever séance tenante avec la curette tranchante tous les exsudats et les bourbillons qui emplissent et distendent les mailles du tissu cellulo-adipeux. Sur un malade, ajoute-t-il, j'ai fait l'année dernière un curage incomplet et la guérison a été rapide. Sur un deuxième, qui portait au cou un anthrax du volume d'une grosse orange, j'ai enlevé la plus grande partie des bourbillons après avoir fait une incision cruciale. La durée de la maladie a été très abrégée. Sur un troisième malade, dont l'anthrax gros comme une prune n'était malheureusement pas récent, je recourus au même traitement après l'avoir anesthésié ; en sept jours la plaie était entièrement fermée. »

(1) Soc. chir. 30 mars 1881.

Ce procédé n'est évidemment qu'une variante de l'extirpation, ou plutôt de l'excision qui fut, nous l'avons déjà montré, proposée pour la première fois par Broca en 1865. Nous n'avons pas connaissance que ce chirurgien l'ait jamais mise en pratique, soit qu'il n'ait pas eu d'occasion très favorable, soit que l'accueil assez froid fait à cette propositisn l'en ait détourné. D'après nos lectures, ce serait L. Labbé qui aurait rapporté les premiers cas d'anthrax ainsi traités. Mais combien pour lui les indications sont différentes de celles que reconnaissait Le Fort ! Pour celui-ci, c'étaient les anthrax phlegmoneux « putrides », suivant son expression, qui étaient justiciables du curage, pour L. Labbé, c'est dans le cas d'anthrax *ligneux* qu'on doit recourir à l'excision. Il y a des cas où il faut ne pas toucher, c'est lorsqu'on voit sourdre le pus en plusieurs orifices, et qu'en même temps, la tension est peu considérable. Alors la maladie évolue d'elle-même vers la guérison. Bien au contraire, il y a, dit-il, des anthrax ligneux ; « au bistouri, la lame les entame à peine, et n'y fait que des entailles insignifiantes. J'en ai vu plusieurs de cette espèce et j'en ai enlevé totalement trois. Sur la tranche de l'un d'eux que j'ai montré à mes élèves, tout de suite après l'opération, on voyait à peine quatre à cinq petits bourbillons. Il provenait de la nuque d'un confrère dont la situation semblait tout à fait désespérée.

Ayant remarqué que de grandes incisions ne donnaient issue ni à du pus ni à de la sérosité, je me

décidai à faire l'ablation de l'anthrax dans son entier et je vis très rapidement cesser les phénomènes alarmants auxquels ce moyen radical pouvait seul mettre fin. Ces sortes de tumeurs ont si peu de tendance à s'éliminer spontanément que les forces du malade n'y suffiraient pas. La méthode d'extirpation est donc la seule qui convienne. »

Nous avons tiré ces lignes du *Bulletin de la Société de Chirurgie* de 1881. Disons tout de suite pour compléter cet exposé historique qu'il faut arriver en 1902 pour trouver de nouveaux faits de cet ordre publiés par R. Loéwy. Puis en 1904, nous trouvons les cas de Reboul, de Nîmes, de nouveaux cas de R. Loéwy en 1905 et de Masini en 1908. A R. Loéwy revient le mérite d'avoir le premier, non seulement fixé d'une façon précise la thechnique à suivre, mais encore d'avoir basé sur de nombreux faits la valeur de ce traitement. Nous lisons de lui dans le *Bulletin médical* de 1902 les observations suivantes :

OBSERVATION V.

1875. Anthrax volumineux de la face gagnant sur la paupière inférieure et le bord de l'aile du nez du côté droit avec œdeme considérable des régions avoisinantes. M. le professeur Lannelongue tenta l'extirpation de la tumeur, rechercha la veine faciale, pratiqua la ligature de cette veine entre deux fils et la réséqua sur une longueur de un centimètre environ. Guérison.

OBSERVATION VI.

L. Ingénieur 25 ans. Anthrax de la face avec induration profonde et œdème considérable du dos du nez. Etat très grave, progressant malgré les incisions pratiquées dans l'anthrax. Extirpation. Perte de substance considérable à la suite de l'intervention. Guérison, cicatrice aujourd'hui presque invisible.

OBSERVATION VII.

Mme C. 51 ans, entrée à Tenon, dans le service de notre maître le Dr Poirier. Chambre d'isolement salle Nélaton, avril 1899. Anthrax multiples, un à la nuque, un sur l'épaule gauche, anthrax énorme de la région scapulo dorsale droite. Cachexie profonde. Opération immédiate sous chloroforme. Guérison. Nous avions déja opéré cette malade à Necker en 1898 d'un anthrax fort grave de la joue gauche.

OBRERVATION VIII.

R. journalier, 29 ans, entré le 29 octobre 1888 dans le service de notre maitre le professeur Le Dentu, à Necker, salle Malgaigne lit n° 51. Anthrax ligneux de la nuque allant d'une mastoïde à l'autre, état désespéré, M. Paul Delbet qui nous avait vu opérer un cas analogue a l'extrême obligeance de nous confier l'opération. Chloroforme. Le malade sort de l'hôpital le 29 novembre. Guérison.

Nous citerons encore du même auteur les deux observations suivantes qui nous paraissent très intéressantes et que nous tirons du *Bulletin médical*

de 1905. Il s'agit de deux malades soignés à la même époque pour les mêmes lésions ; l'un par le procédé ordinaire mourut, l'autre par l'extirpation guérit en quelques jours.

OBSERVATION IX.

X. graveur, 30 ans, très fort de constitution, entre en novembre, salle Saint-Landry, à l'Hotel-Dieu, lit n° 14, avec un anthrax de la partie gauche de la lèvre supérieure.

Le soir même de son entrée comme la lèvre est très tuméfiée et que l'inflammation commence à gagner la joue, on intervient au thermocautère et on essaye de circonscrire la lésion. Le lendemain et le surlendemain pansements humides et vaporisations.

Malgré cela l'inflammation gagne les parties voisines, l'aile du nez et la joue gauche sont tuméfiées, toute la région de la veine faciale, la paupière inférieure sont enflammées. Il y a un peu d'exophtalmie. Quelques phénomènes subdélirants si bien que le matin du troisième jour on intervient plus largement au thermocautère dans toute la lèvre supérieure, dans la joue et la région sous-orbitraire. (On a même une hémorragie des coronaires et de la faciale assez difficile à arrêter). Puis pulvérisations une grande partie de l'après-midi. Malgré cela le malade meurt dans la nuit avec des phénomènes de méningite de la base et de phlébothrombose.

OBSERVATION X.

Léon Cl. 38 ans, typographe, entre salle St-Landry n° 3, le 26 novembre dans l'après-midi, pour un anthrax de la lèvre supérieure gauche ayant débuté huit ou dix jours au-

paravant, par un tout petit bouton (le sujet était alors en convalescence de rhumatisme articulaire aigu). Au moment de l'entrée du malade dans le service, la lèvre est assez tuméfiée. Elle est le siège d'une induration avec partie saillante de la grosseur d'une noisette. Peu d'inflammation à la joue, un peu pourtant à la région sous-orbitraire. Température : 38° 5.

Le soir même il est opéré (extirpation par la méthode de Loewy). Le lendemain matin : température 38° mais le soir 37 et à partir de ce moment la température reste normale.

Pansements humides quatre ou cinq jours, remplacés par des pansements secs après nettoyage puis badigeonnages de teinture d'iode.

On fait deux points de suture pour rapprocher les lèvres de la plaie. Aujourd'hui 1er décembre le malade est en bonne voie de guérison, et la cicatrisation s'annonce comme ne devant pas être ni très grande ni très disgracieuse. Nous avons revu le malade le 28 février 1905, le résultat est excellent au point de vue esthétique.

R. Loéwy emploie l'extirpation dans tous les cas et il la recommande surtout chez les individus dont l'état général est grave. « Nous l'avons appliqué, dit-il, maintes fois chez des albuminuriques et des diabétiques. » En cela il s'écarte de la pratique de Reboul, de Nîmes, pour qui l'indication de l'extirpation ne se pose absolument que dans deux cas.

1° pour les anthrax des lèvres.

2° pour les anthrax ligneux ou les anthrax ordinaires, mais chez des individus non albuminuriques, non diabétiques ou trop agés.

Nous discuterons plus loin cette dernière propo-

sition, mais nous devons auparavant signaler les beaux résultats obtenus dans ces conditions par ce chirurgien.

1° *Anthrax des lèvres.* — « Dans tous les cas, dit-il, où j'ai opéré ainsi les résultats ont dépassé mon espérance. Je n'ai pas eu à intervenir dans les anthrax de la lèvre supérieure au début de leur évolution. Tous ceux que j'ai opérés dataient de 3, 4, 5 et même 8 jours, leur sommet était donc criblé de cratères en suppuration ; les tissus périphériques étaient indurés ; des traînées de lymphangite ou de phlébite indiquaient la gravité et la diffusion de l'infection. Dans ces cas par une incision elliptique j'ai excisé tout l'anthrax, y compris le centre cutané perforé et sphacélé, avec grand soin j'ai cherché à arriver jusqu'aux tissus sains, enlevant secondairement les fragments de tissu anthracoïde ou simplement induré qui avaient échappé à une première excision. Après détergement et désinfection de la cavité à l'eau oxygénée, et après avoir fait les ligatures nécessaires, je n'ai pas cherché à rapprocher immédiatement les lambeaux cutanés, j'ai laissé dans la plaie un tampon d'ouate ou de gaze imbibé d'eau oxygénée. L'induration, la lymphangite ou la phlébite ont très rapidement disparu ainsi que la céphalalgie, la douleur et la fièvre. Deux ou trois jours après, les plaies bourgeonnant activement, je pouvais faire une suture secondaire des lambeaux et obtenir en *dix jours* environ une bonne et esthétique cicatrice. »

2° *Anthrax ligneux.* — « J'ai obtenu dans tous ces cas, dit M. Reboul une cessation immédiate et absolue de la douleur, une récupération très rapide des mouvements du cou ou du tronc et j'ai presque toujours eu en une quinzaine de jours en moyenne, une cicatrice blanche, souple et indolore. » ..... « J'ai pu faire cette excision d'un anthrax ligneux de la nuque par une incision cruciale avec une simple anesthésie locale chez un malade de soixante ans, cardiaque et emphysémateux qu'il aurait été dangereux d'endormir à cause de son mauvais état général.

Chez ce malade, les douleurs atroces qu'il éprouvait ont cessé immédiatement après l'extirpation de l'anthrax. L'insomnie qui durait depuis six jours a fait place à un sommeil réparateur. L'état général s'est rapidement amélioré ; il s'agissait d'un anthrax ligneux occupant toute la nuque. Je ne pus pas faire la suture des lambeaux cutanés trop infectés et infiltrés, néanmoins, moins d'un mois après, la guérison était complète. »

Et l'auteur ajoute : « D'après mon expérience de plusieurs années *portant sur une centaine de cas*, l'extirpation de l'anthrax est une bonne opération dans les variétés que je viens d'indiquer. »

Masini, de son côté, a rapporté à la Société de chirurgie de Marseille plusieurs observations analogues. Quatre malades ont quitté l'hôpital au bout d'une vingtaine de jours en moyenne. Ils avaient été traités dans le service de Melchior-Robert. Les

deux observations personnelles de l'auteur se rapportent aux faits suivants :

OBSERVATION XI.

Il s'agit d'un glycosurique ayant un volumineux anthrax du dos, entré le 10 mars 1908 à l'hôpital. Extirpation. Il sort le 25 mars presque complétement cicatrisé. M. Masini le revoit le 5 avril complétement cicatrisé. Durée totale du traitement, vingt-cinq jours.

OBSERVATION XII.

22 octobre, malade de 45 ans, journalier, porteur d'un anthrax de la nuque ayant la largeur d'une paume de main. Pas de sucre, Opération avec anesthésie au chlorure d'éthyle le 22 octobre. La température tombe à la normale le lendemain de l'opération. Le 24 la plaie bourgeonne avec rapidité, le 10 novembre greffes de Thiersch. Cicatrisation complète le 25 novembre.

M. Masini avait fait une excision et non une véritable extirpation respectant la peau.

Ce chirurgien conclut que l'extirpation amène :

1° La chute de la température et des phénomènes généraux ;

2° Qu'lle abrège notablement la durée de la maladie. La durée moyenne, dit-il, est de trente-cinq à quarante-cinq jours avec l'incision, de vingt à trente jours avec l extirpation non suivie de greffes ; avec des greffes on peut obtenir la guérison en quinze jours.

Comme on le voit (la question de technique mise à part) *les conclusions tirées par ces trois auteurs des faits qu'ils ont observés sont remarquablement concordantes.* A ces observations nous voulons en ajouter plusieurs d'inédites. Nous devons la première à l'obligeance de M. le professeur agrégé Okinczyc, nous devons les autres à l'aimable bienveillance de M. Lecène. Les trois premières de celles-ci ont été prises dans le service de M. le professeur Hartman, qui a bien voulu nous autoriser à les publier.

Qu'il nous soit permis ici de remercier ces maîtres et de les assurer de notre reconnaissance.

OBSERVATION XIII.

M. P., âgé de 55 ans, présente depuis une dizaine de jours (23 mars 1911) une tuméfaction douloureuse de la nuque, à gauche de la ligne médiane, et qui a été soignée comme un furoncle, par des applications de compresses humides et des pulvérisations phéniquées chaudes. La tuméfaction s'est étendue, et au centre, quelques petits orifices cratériformes laissent sourdre du pus. Chaque jour son médecin presse au voisinage de l'apex et fait sortir quelques bourbillons. Cependant, le gonflement prenant de l'extension, on décide de voir un chirurgien.

Examen le 23 mars 1911. — Le cou est énorme, le gonflement s'étend sur une surface large comme une paume de main avec un maximum qui siège à gauche de la ligne médiane, mais la déborde cependant. Ce gonflement atteint en haut la racine des cheveux et se diffuse même un peu dans le cuir chevelu. La coloration est rouge-violacé ; au

centre, des orifices, au nombre de 6 ou 8, laissent écouler, par la pression, un pus épais.

La tuméfaction est dure, pas très douloureuse, la température est voisine de 38°. L'état général assez bien conservé : cependant depuis quelques jours, le malade constate un peu d'amaigrissement. Les nuits sont mauvaises, les mouvements du cou sont très gênés. Les urines renferment des traces d'albumine et 5 grammes de sucre. Le malade suit un régime antidiabétique.

Opération le 24 mars. — Excision circulaire et conique au bistouri du centre de l'anthrax. Puis incision cruciale jusqu'aux limites de la tuméfaction et excision au bistouri de la face profonde de chaque lambeau. Une seule ligature sur une branche de l'artère occipitale. Tamponnement serré à la gaze stérilisée. Anesthésie générale au kélène.

Suites opératoires très simples. Température 37° 5, nuit bonne. Le pansement est laissé à demeure 48 heures.

26 Mars. — Ablation des mèches sous courant d'eau oxygénée. Badigeonnage à la teinture d'iode. Pansement sec.

28 Mars. — La plaie commence à bourgeonner, même pansement.

30 Mars. — Excision de quelques lambeaux sphacélés qui sont en voie d'élimination. Les bourgeons sont un peu atones, pansement au Beaume du Pérou.

8 *Avril.* — La cavité se comble, mais le bourgeonnement est lent. Pas de sucre. Etat général excellent.

16 avril. — Pansement poudre Ektogan. Le malade part à la campagne. La cicatrisation se fait bien. La plaie a l'étendue d'une pièce de cinq francs.

26 avril. — Le malade revient de la campagne avec un

état général excellent : il a engraissé. La plaie n'a plus que la surface d'une pièce de 0 fr. 50.

3 mai. — La cicatrisation est à peu près achevée : il reste une petite croûte.

Revu le *15 mai.* — La cicatrisation est parfaite, linéaire. L'état général excellent.

OBSERVATION XIV

Mme H..., 55 ans, entre le 6 mars 1911, salle Chassaignac, à l'hôpital Bichat. Malade depuis dix jours. A cette époque ayant un point douloureux dans le dos elle remarqua qu'il y avait là un « petit bouton » et le soigna par des cataplasmes. Il augmenta progressivement, devint de plus en plus douloureux, suppura légèrement, et maintenant la malade se présente dans les conditions suivantes :

A l'inspection on remarque sur le milieu du dos une large tuméfaction, irrégulièrement circulaire dont le centre est à peu près à la hauteur de la pointe de l'omoplate. Elle est fortement surélevée ; son diamètre est d'environ quinze centimètres et la peau présente une coloration violacée qui se dégrade sensiblement sur les bords de cette tuméfaction. Le centre est ulcéré ; l'ulcération aux bords très irréguliers a la grandeur d'une pièce de dix centimes, son fond est rempli d'un pus verdâtre et au fond semble apparaître un bourbillon.

A la palpation ce large gâteau est résistant et le doigt y laisse une trace blanche déprimée en godet. La pression est douloureuse et fait sourdre du pus quand elle s'exerce près du bord. Température 39° 2.

Opération le lendemain. Anesthésie au chlorure d'éthyle continuée par le chloroforme. M. Lecène pratique tout

d'abord une incision cruciale large, dépassant légèrement la périphérie de la tumeur. Il relève ensuite les quatre lambeaux ainsi formés, puis résèque les eschares de la face profonde de la peau d'une part jusqu'à l'aponévrose d'autre part. Tamponnement iodoformé.

Le lendemain, chute de la température qui revient à la normale et s'y maintient jusqu'au 6 avril, époque à laquelle le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSETVATION XV

M. G., cocher, 63 ans, entre le 6 mars à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay. Ce malade a eu, il y a une huitaine de jours un furoncle qui a grossi de plus en plus. Actuellement, il porte à la nuque une tuméfaction ulcérée. Cette ulcération mesure environ un centimètre de largeur et six centimètres de longueur. Elle est recouverte en partie de pus et d'une croûte brunâtre et elle est entourée d'un bourrelet rougeâtre.

Ce bourrelet est douloureux ainsi que toute la nuque. C'est la première fois que ce malade a un anthrax. L'examen des urines est négatif.

Opération le 7 mars par M. Lecène. Anesthésie générale au chlorure d'ethyle. Au début, le malade a un accident de syncope respiratoire dont il se rétablit vite. On pratique alors une incision en croix et l'excision suivant les quatre segments des gros paquets bourbillonneux.

A ce moment, le sang coule en nappe ; on a facilement raïson de cet hémorragie par le thermocautère et on fait un pansement compressif à la gaze iodoformée.

Suites opératoires très bonnes. Pas de température. Le

malade sort le 17 en bonne voie de cicatrisation. Il est revenu cinq fois aux pansements, à la consultation. La cicatrisation est alors complète.

OBSERVATION XVI

M. B., 43 ans. Entré le 10 novembre 1910, parce qu'il souffre d'une tuméfaction de la partie postérieure du cou. Il déclare avoir eu un anthrax en avril 1909. Il fit à cette époque analyser ses urines qui furent déclarées normales. Il a eu encore deux autres anthrax en juillet et octobre 1909.

Jeudi dernier, il a constaté sur la partie postérieure et supérieure du cou la présence d'un bouton qui a augmenté de plus an plus, et samedi le malade se le fit inciser.

A l'inspection on voit un peu plus bas que l'apophyse mastoïde, à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane, une tuméfaction du volume d'une noix environ. Son sommet présente une ulcération ovale du diamètre d'une pièce de cinq centimes ; une légère pression fait sourdre le pus en goutte par plusieurs orifices. Ses bords sont nets, peu réguliers et présentent une coloration violacée.

Cette tuméfaction se rattache insensiblement aux régions voisines et la peau qui les recouvre est très rouge, violacée même aux environs de l'ulcération.

La palpation est très douloureuse, et on sent un empâtement très net s'étendant *jusqu'à trois et quatre travers de doigt* autour de la tuméfaction proprement dite. Pas de sucre dans les urines.

Le 29 novembre 1910, M. Lecène pratique l'extirpation sous anesthésie au chlorure d'éthyle. Incision cruciale et

excision des masses sphacélées. Pansement à plat, suites excellentes, pas de température. Le malade sort le cinq décembre. La cicatrisation est en bonne voie. Pansements à la consultation, cicatrisation complète au bout d'un mois.

OBSERVATION XVII.

B. 45 ans, ajusteur, entre à l'hôpital Bichat le lundi 28 novembre 1910. Il raconte que vendredi dernier, il commença à éprouver des douleurs dans la nuque et à remarquer une grosseur. Le lendemain la douleur était très vive, et s'étendait à la région sus-claviculaire. Le volume de la « grosseur » augmentait très vite et en deux jours atteignait le volume du poing. La peau était tendue et chaude, et les douleurs plus vives la nuit. Le malade se traite par des cataplasmes.

A l'inspection on constate au niveau de la moitié supérieure gauche de la nuque une tuméfaction de forme conique du volume du poing. Le sommet du cône est tronqué à sa surface est occupée par des bourbillons. Le reste de la tuméfaction est rouge. Au-dessus de la tuméfaction principale sur la même ligne verticale, on remarque une autre tuméfaction faisant une saillie vague sous le cuir chevelu. Au dessous, nombreux petits furoncles. Ni sucre, ni albumine.

Opération le 29 novembre, anesthésie au chlorure d'éthyle continuée par le chloroforme. Incision cruciale. Les quatre lambeaux sont relevés, résection des tissus nécrosés. Pas de fièvre, le malade sort le 3 décembre, six jours après l'opération. Trois semaines de pansements à la consultation. Cicatrice souple et régulière.

OBSERVATION XVIII

V.... 43 ans, entre le 29 novembre 1910 pour anthrax de la nuque. Cet anthrax a débuté il y a huit jours environ par deux furoncles que le malade a soignés par des cataplasmes à la farine de lin.

A son entrée on constate au sommet du cou une large ulcération siégeant sur la ligne médiane. Les bords sont irréguliers et peu nets.

Opération le 30. Anesthésie au chlorure d'éthyle. Même technique que pour les précédents. Suites très simples. La cicatrisation s'est effectuée dans de très bonnes conditions en une vingtaine de jours environ, sans que nous puissions en donner la durée avec précision.

OBSERVATION XIX

M. X..., 55 ans, goutteux, légèrement glycosurique par intervalles, de 3 à 6 grammes par jour, fatigué et surmené depuis trois mois. Il y a huit jours il a eu un furoncle de la nuque ; ce furoncle douloureux s'étend en surface et en profondeur, plusieurs petits cratères apparaissent. Le malade vu le 15 février 1909 souffre beaucoup. Température 38° 3. Anthrax de la nuque du volume d'un œuf de poule, teinte violacée des téguments. Induration légère des tissus voisins. Douleurs vives, nuque raide et immobilisée.

Le 16 février 1911, anesthésie générale au chlorure d'éthyle, continuée par le chloroforme. Incision cruciale de l'anthrax, relèvement des lambeaux triangulaires. Dissection de tous les tissus malades, tamponnement à plat de la plaie avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée.

Cessation de douleur et de la fièvre dans les 48 heures. Cicatrisation régulière en 17 jours, la cicatrice est linéaire et de forme cruciale.

OBSERVATION XX

X..., 60 ans, ni diabétique, ni albuminurique, mais fatigué et surmené. Le 1er mai 1910, gros furoncle de la nuque, le 2 mai le furoncle grossit et devient plus douloureux. Fièvre le soir 38° 5.

Le 3 mai véritable anthrax de la nuque à marche diffuse. Température 40°. Un médecin a fait une petite incision, aucun soulagement.

Vu le 5 mai 1911. Plaque d'anthrax large comme une paume de main. Elle envahit toute la nuque, présente une coloration violacée sombre. Les douleurs sont très vives ; l'état général mauvais. Température 39° 8, pouls 90, langue sèche. Somnolence.

Le 5 mai 1911. 9 heures du soir. Anesthésie générale au chloroforme. Incision cruciale. Relèvement des quatre lambeaux triangulaires. Dissection de la totalité des tissus malades. La quantité des tissus enlevés est du volume d'un gros citron. Pansement à plat avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée.

Chute de la température dès le lendemain. Cicatrisation rapide. Le malade sort de la maison de santé le 20 mai. Après quatre pansements cicatrice linéaire en forme de croix occupant la nuque. En 25 jours tout a été fini.

Tels sont les faits que nous voulions apporter ici. Plusieurs conclusions s'en dégagent.

C'est d'abord l'innocuité de l'opération. *Primum*

non nocere. Or, on incise la peau, on ouvre des vaisseaux et pourtant, dans tous les cas d'anthrax extirpés que l'on a publiés jusqu'à ce jour, nous ne trouvons aucun exemple, ni de pyohémie, ni d'érysipèle. C'est donc que les craintes des anciens auteurs étaient peu fondées. C'est donc que les accidents qu'ils avaient vu se produire — n'étaient pas dus à l'incision — et avaient pour cause les conditions défectueuses dans lesquelles on opérait à une époque où l'on ignorait tout de la propreté chirurgicale. Et bien plus, si on devait craindre de pareils accidents, ce serait bien plutôt avec l'incision simple qu'avec l'extirpation, car, dans le premier cas, les lèvres de la plaie seront en contact avec le foyer septique tant que durera l'élimination ; dans le second, elles ne le sont que quelques minutes. En effet, et c'est là le grand avantage de l'extirpation, *on transforme alors un foyer de gangrène en une plaie simple.*

Cette considération juge le différend qui existe entre M. Reboul et M. Loéwy. M. Loéwy, à notre avis a pleinement raison quand il affirme que ce sont surtout les malades affaiblis par le surmenage ou une diathèse (diabète ou albuminurie) qui ont à bénéficier de ce traitement. Car il est évident que ce sont ces méiopragiques qui sont le moins capables de faire les frais d'une élimination si longue de produits septiques.

C'est donc à ces débilités surtout qu'il convient d'appliquer cette méthode et de l'appliquer d'une

façon précoce, car seule l'extirpation peut enrayer la marche de la maladie. C'est, pourrait-on dire, un traitement abortif, et c'est le seul. Le malade de M. Lecène, qui fait l'objet de notre huitième observation personnelle en est un exemple remarquable. Voilà un homme de 60 ans qui a un anthrax à marche diffuse avec 40° de température. On l'opère à 9 heures du soir ; le lendemain la fièvre est tombée, et quinze jours après le, malade peut quitter la maison de santé. L'anthrax qui avait une extension rapide a été jugulé.

Aucun des malades dont nous avons rapporté l'histoire n'a eu de température dès le lendemain de son opération ; et chez tous la durée de la maladie a été notablement abrégée. Évaluée par Guérin, à deux mois environ pour les anthrax moyens elle a été pour nos malades d'environ :

40 jours dans l'observation XIII (à noter que la durée de la cicatrisation a été augmentée par ce fait que le chirurgien a dû réséquer une étendue assez considérable de téguments nécrosés.)

30 jours dans l'observation XIV.
25 jours dans l'observation XV.
30 jours dans l'observation XVI.
25 jours dans l'observation XVII.
20 jours dans l observation XVIII.
17 jours dans l'observation XIX.
25 jours dans l'observation XX.

Soit une moyenne d'environ 27 jours. Nous noterons en outre que plusieurs malades ont pu quitter

rapidement l'hôpital, ceux par exemple qui font l'objet des observations XV, XVI et XVII. Ce dernier avantage, quand il s'agit de malades d'une condition peu aisée et ayant besoin de reprendre rapidement leurs occupations, nous paraît présenter un certain intérêt.

En résumé, de tous les traitements que nous avons examinés, l'extirpation est le seul qui permette d'arrêter la maladie dès le début de son évolution.

Elle amène rapidement la sédation de la douleur et des phénomènes généraux, transformant en une plaie simple une masse gangréneuse.

Enfin elle abrège d'une façon considérable la durée de la maladie.

Si on peut lui faire un reproche, c'est celui de nécessiter l'anesthésie générale, cet inconvénient lui est d'ailleurs commun avec la destruction ignée de la tumeur et nous reconnaissons qu'il peut présenter des difficultés dans la pratique journalière. Dans certains cas, assez rares, il est vrai, on pourra recourir à l'anesthésie locale, comme l'a fait M. Reboul.

Cette méthode est applicable à la plupart des anthrax, même à ceux de la face s'ils sont de petit volume, comme le montrent les résultats de M. B. Reboul et R. Loewy.

On lui a fait cependant l'objection d'être une opération compliquée ; nous espérons montrer dans

les lignes suivantes qu'il n'en est rien, que, suivant l'expression de M. Loewy, elle est presque aussi simple que l'extirpation d'un kyste sébacé, enfin qu'elle ne nécessite ni une instrumentation particulière, ni un manuel opératoire spécial.

Technique

Les soins préliminaires d'antisepsie étant pris comme à l'ordinaire, l'opération, pratiquée sous l'anesthésie générale comprendra trois temps :

1er temps : Incision. On fait une incision cruciale dépassant la tumeur de un ou deux centimètres comme l'incision de Dupuytren. On obtient ainsi quatre lambeaux triangulaires.

2e temps : Dissection des lambeaux. On saisit chacun d'eux à la pointe à l'aide d'une pince de Museux. On le recline en disséquant les téguments jusqu'à la base du triangle obtenu par l'incision cruciale.

3e temps : Extirpation de l'anthrax. On la pratique en saisissant profondément le tissu malade avec une pince à griffes, et en l'extrayant à l'aide du bistouri ou des ciseaux. On travaille ainsi jusqu'à ce qu'on arrive sur du tissu sain. On veille à ne pas

intéresser ce dernier de manière à éviter toute hémorragie. En général, quand on n'a pas dépassé les limites de l'anthrax, l'opération est terminée. Si cependant quelques vaisseaux saignent, il y a lieu de pratiquer un quatrième temps et de faire l'hémostase.

4e temps : Hémostase. On place des ligatures au catgut n° 2, sur les vaisseaux qui saignent. Si on a une hémorragie en nappe comme chez le malade qui fait l'objet de notre troisième observation personnelle (1), on peut toucher les parties saignantes au thermocautère.

L'opération terminée, on pratique sur la plaie un tamponnement, à plat avec des compresses de gaze iodoformée qu'on peut remplacer dès le lendemain par des compresses imbibées d'eau oxygénée.

(1) Observ. XV.

CONCLUSIONS

Quand nous avons étudié l'extirpation, nous avons montré, avec de nombreux faits à l'appui, que cette méthode ne présente pas les dangers dont on l'a accusée.

D'autre part, nous avons montré que l'expectation était injustifiée, que dans presque tous les cas il fallait agir. Il nous reste donc, après avoir passé en revue les principales méthodes et leurs résultats, à tirer de cette courte étude quelques conclusions générales sur le traitement de l'anthrax.

Or, au début de notre travail, nous avons vu qu'il n'y avait pas un anthrax, mais des anthrax. Il n'y a donc pas un traitement, mais des traitements, et ce sera au chirurgien à décomposer la maladie en ses éléments morbides et à tirer de ces éléments les indications thérapeutiques

Cependant, en thème général, nous croyons pouvoir adopter la ligne de conduite suivante

Aux anthrax petits, chez des sujets sains,

dont le grand symptôme est la douleur conviendront les applications humides, chaudes, et les pulvérisations phéniquées.

Aux anthrax moyens chez des sujets sains, vigoureux, ponctions multiples au thermocautère et pulvérisations phéniquées.

Aux anthrax volumineux avec température élevée, douleur intense, phénomènes généraux inquiétants, l'extirpation.

Ne temporisons pas non plus quand chez un diabétique survient un anthrax peu douloureux et sans température. Ces symptômes insidieux sont le plus souvent trompeurs. Mais une lisière rouge, épaissie, œdémateuse témoigne de la marche envahissante et rapide de la maladie, là encore il faut agir vite. On a le choix entre le fer rouge et le bistouri. Dans ces anthrax diffus si on emploie le thermocautère il faudra un débridement large, fendant la tumeur dans toute sa hauteur jusqu'à l'aponévrose. On traversera franchement tout le foyer sphacélé, le couteau ne s'arrêtera qu'au tissu sain, et des incisions multiples, permettant le passage du fer rouge sous les lambeaux cutanés, assureront autant qu'il est possible la destruction du tissu anthracoïde, des bourbillons et des vacuoles purulen-

tes. Des pulvérisations phéniquées consécutives aideront à la détersion de la plaie et en favoriserons le bourgeonnement.

Si on préfère l'extirpation, on la pratiquera suivant la technique indiquée plus haut. Nous avons vu qu'elle a sur la méthode précédente l'avantage de ne pas donner d'eschares et, partant de permettre une cicatrisation plus rapide.

Enfin pour les anthrax des lèvres et des joues le débat reste également entre l'extirpation et la thermo-cautérisation suivant la pratique de Reclus. Quelques faits nous montrent la possibilité de l'extirpation et ses bons résultats tant au point de vue esthétique que thérapeutique.

L'anthrax guéri, le rôle du chirergien est terterminé. Reste, dans un grand nombre de cas le traitement de la diathèse furonculeuse. mais ce problème de la plus grande importance est un problème médical que nous ne devons pas étudier ici.

Vu : le Président de Thèse,

HARTMANN.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ACADÉMIE DE MÉDECINE (Bulletin) 1866, p. 432-453-470.

— — — 1888.

ANDRIEUX. — L'Anthrax, ses complications et son traitement. Thèse Paris 1870.

ARNOZAN et LANDE. — Deux cas d'anthrax guéris par des injections sous-cutanées d'acide phénique. Journ. méd. Bordeaux. 1888-1889. IX.

BOUGAN. — Th. Paris 1892.

BOUROTTE. — Th. Paris 1877.

CARRIÈRE. — Note sur le traitement du furoncle et de l'anthrax. Echo méd. des Cévennes 1902, 1er septembre, p. 191 et suiv.

CHABBERT. — Anthrax des lèvres, ses complications, son traitement. Th. Paris 1877.

J.-M. CHARCOT. — Documents concernant l'historique des gangrènes diabétiques. Gaz. hebdom. 1861, p. 539.

DANIELOPOULO. — Quelques considérations sur le siège anatomique et la gravité de l'anthrax. Th. Paris 1868.

DELBET. — Traité de chirurgie.

DESPRÈS. — Clinique journalière.

DUBREUIL. — Phlébite faciale consécutive à des furoncles multiples de la face. Gaz. hebd. méd. et chirurg. 1863, p. 764 et suiv.

DULOUT. — Etude sur les affections furonculeuses et leur traitement. Th. Paris, 1888, 1889.

DURET. — Deux cas d'anthrax traités avec succès par la thermocautérisation. Courr. méd. Paris, 1891. XLI, p. 393 et suiv.

A. FAUCON. — Clin. Chirurg. 1879.

FOLLIN. — Pathol. Ext. 1874.

A. GUÉRIN. — Dict. méd. de Jaccoud, t. II, p. 567.

HALLOPEAU. — Sur le traitement de l'anthrax par l'huile phéniquée. Journ. mal. cut. et syph. Paris 1893. V. p. 40.

LABATTU. — Des anthrax et furoncles de la face. Th. Paris 1874.

LÉCAILLE. — Considérations générales sur le traitement de l'anthrax. Th. Paris 1879.

LAMARQUE. — De la non intervention chirurgicale dans le traitement de l'anthrax. Th. Paris 1878.

LEDUC. — Traitement abortif du furoncle et de l'anthrax. Arch. d'élect. méd. Bordeaux 1910. XVIII, p. 93.

LOÉWY. — Bull. Médic. 1902. N° 20, p. 227, 229.
id. id. 1905. 31 mai, p, 490.

LUTIER. — Th. Paris 1870. Anthrax : nature et traitement.

MASINI. — Soc. Chir. Marseille. 26 novembre 1908.

MOLLIÈRE. — Traitement de l'anthrax sans incision par la méthode antiseptique. Lyon, méd. 1866. LI p. 273.

POLAILLON. — Traitement de l'anthrax par des flèches caustiques au chlorure de zinc. Un. Méd. Par. 1887. XLIV p. 121.

REBOUL (de Nimes). — Arch. Provinc. de Chirurgie 1904. p. 609.

RECLUS. — Clin. médic. Hôtel-Dieu 1888.

REVERDIN. — Arch. génér. de méd. 1870. t. v.

SABBAIDES. — Nature et traitement de l'anthrax. Th. Paris 1873.

SÉBILEAU. — Nature parasitaire de l'anthraco-furonculose. Son traitement. Gaz. Méd. Paris. 1888.

SOC. CHIRURGIE (Bulletin) 1864 27 septembre.
1881. 30 mars, p. 303. 1881. 11 mai, p. 369.
1883. 18 juillet, p. 605.

TILLAUX. — Traitement rationnel de l'anthrax. Trib. méd. Paris 1897. XXIX. p. 166.

Trélat. — Dict. Dechambre. T. II. p.

Verneuil. — Sem. médic. 1888. p, 19.
C. R. Acad. des Sc. 1888. CVI. p. 112.

Vulpian et Phillipeaux. — Note sur un cas de diabète passager survenu pendant le cours du développement d'un anthrax. Gaz. heb. de Méd. et Chir. 1861 p. 782.